

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. - N° 98

L'OPHRIOPLASTIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 30^e Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LAYRAL Marcel

NÉ A SAINT-ÉTIENNE, LE 14 JANVIER 1898



SAINT-ÉTIENNE
Imprimerie DUVERNAY & VALLA

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEHNE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT.
Médecine légale	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
Chimie minérale	BARRAL.
Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROVENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon).	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
RIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, Président; COTTE, Assesseur; DUROUX et CHALIER A., Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PREMIER MAÎTRE ; A MON PÈRE

Sa haute conscience professionnelle
nous donna le goût des études médicales.

A MA MÈRE

En reconnaissance de sa tendre affection.

A MA FEMME CHÉRIE

Sa grande affection nous a toujours
encouragé et nous est un gage précieux
pour notre avenir.

A MON BEAU-PÈRE, M. CHEVRET, pharmacien honoraire,
qui nous a toujours considéré comme un fils.

A MES SŒURS, BELLES-SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MON ONCLE, LE DOCTEUR PLOTON

A MA FAMILLE TOUTE ENTIÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCHAMP,

Professeur agrégé à la Faculté,

Chirurgien honoraire des hôpitaux de Saint-Etienne.

Il conduisit mes premiers pas avec la
bienveillance paternelle que tous ses
élèves lui connaissent.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAUREL

En remerciement de ses premières
leçons.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE St-ÉTIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR CROIZIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET, Professeur de clinique
ophtalmologique, Officier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre Jury de thèse. Nous le
remercions de la bienveillance qu'il a
témoigné à son ancien externe et l'assu-
rons de notre gratitude.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUROUX.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU

Interne dans son service, nous avons
pu apprécier son précieux enseignement :
Il nous a inspiré le sujet de cette thèse ;
nous a guidé de ses conseils et de son
expérience.

L'OPHRIOPLASTIE

(La Greffe du Sourcil)

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse, nous sommes heureux de pouvoir témoigner notre gratitude à ceux qui ont été nos guides dans la carrière médicale.

Nos remerciements vont bien naturellement d'abord à mon Père, qui m'entretenait déjà de médecine quand j'étais encore sur les bancs du lycée. Il me fut souvent d'un grand secours au cours de mes études médicales. Son rôle n'est pas fini, puisque le mien commence. Nous tenons à témoigner également notre reconnaissance à nos conférenciers, le Docteur BARRET, dont la science dépasse encore la modestie, et le Docteur VERGNORY, à qui nous devons nos connaissances d'anatomie.

Tous nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital ont droit à notre entière gratitude.

Nous n'aurons garde d'oublier nos Maîtres dans les hôpitaux de Saint-Etienne : les Docteurs CROIZIER et MOREAU, et tous ceux qui, dans d'autres services, nous ont si aimablement accueilli.

A nos camarades d'études, et tout spécialement

à nos camarades de l'Internat de Saint-Etienne, s'adresse notre entière sympathie.

Enfin, nous remercions sincèrement M. le Docteur VIANNAY, qui a mis aimablement la bibliothèque de sa clinique à notre disposition ; MM. les Docteurs MULLER et GUINARD, qui se sont occupés de nous faire parvenir des documents bibliographiques ; M. le Docteur ANDRÉ, qui nous a fait don de sa thèse et nous a ainsi considérablement facilité notre tâche.

Je remercie enfin mon ami, le Docteur COCHET-BALMEY, qui fit également, pour nous rendre service, des recherches bibliographiques.

INTRODUCTION

Dans un *Essai de Calliplastie*, que le Docteur Cid écrivait en 1846, sur les formes du visage et les divers moyens propres à les embellir, nous relevons cette assertion, empruntée à Buffon :

« Après les yeux, les parties qui servent le plus à marquer la physionomie sont les sourcils », et l'auteur de l'*Essai* ajoute : « On peut facilement s'en convaincre en les modelant de différentes manières, soit en les effaçant en partie ou en totalité, par l'application d'une bande de baudruche collée dessus, soit en les prononçant davantage, au moyen d'un morceau de liège carbonisé. Chaque tête à caractère a des sourcils qui lui sont propres et qui en accentuent, pour ainsi dire, l'expression... »

Voulant faire ici une étude sur la greffe des sourcils, notre intention n'est pas d'exagérer, par ces quelques lignes de préambule, le rôle esthétique des sourcils dans l'expression du visage, et, par là, de donner plus d'importance à notre modeste ouvrage. Nous avons tout simplement voulu montrer que si le rôle des sourcils, dans la mimique faciale, a été

mis, depuis longtemps, à sa juste place par ceux qui se sont occupés de « cosmétique », en leur attribuant un rôle important, bien que de second ordre ; la chirurgie plastique, dont l'origine se perd dans l'obscurité des temps anciens, a complètement méconnu ou oublié la région sourcilière. Il faut arriver à l'année 1835 pour voir un chirurgien français, Jobert de Lamballe, pratiquer, pour la première fois, la greffe des sourcils et créer le terme d'ophrioplastie.

HISTORIQUE

Si l'historique de la rhinoplastie, qui fut, pendant de longs siècles, le seul point de mire des chirurgiens autoplastes, est riche en faits, comme nous pouvons nous en faire une idée d'après l'historique du *Traité d'autoplastie* de Ph.-Fréd. Blandin (1836), de M. Serres, chirurgien des Hôpitaux de Montpellier (1842), et d'après la thèse de M. Gagnard (Paris, 1895-1896) ; si une pléiade de noms illustres, français et étrangers, sont attachés à l'étude des difformités nasales, puis, plus tard, à la chirurgie des lèvres, des paupières, des joues, et des autres parties du corps, redevables de l'autoplastie ; la greffe des sourcils, au contraire, avant le XIX^e siècle, n'a pas d'histoire, puisqu'elle naquit avec la première tentative de Jobert de Lamballe, en 1835, qui la baptisa lui-même du nom « d'Ophrioplastie ».

Ph.-Fred. Blandin, chirurgien à l'hôpital Beaujon, qui, dans son *Traité d'autoplastie*, paru en 1836, rapporte des observations de blépharoplastie, d'élytrophastie, d'entérophastie empruntées à Jobert, et semble ainsi connaître certains travaux de son confrère de l'hôpital Saint-Louis, ne fait pas la moindre allu-

sion aux difformités des sourcils. Le *Traité sur les difformités de la face* de M. Serres, de Montpellier, qui parut pourtant sept ans après le premier cas d'ophrioplastie de Jobert, est également muet sur ce chapitre d'autoplastie.

Comment expliquer cet oubli inconscient ou intentionnel, cette indifférence des chirurgiens d'alors pour cette partie de la face, les sourcils, dont l'importance dans l'expression du visage n'est pas négligeable, et dont les lésions évoluent si souvent de pair avec celles des paupières, qui avaient, depuis fort longtemps déjà, toutes les faveurs des chirurgiens.

Est-ce à croire que les chirurgiens du temps préféreraient exercer leur art au service de difformités plus criantes de la face, comme celle du nez, par exemple, et négligeaient ainsi presque à dessein celles des sourcils, qu'ils considéraient comme des ornements superflus des yeux et de l'orbite. Evidemment, non. Il faut chercher ailleurs la véritable raison que nous trouvons, je crois, dans les deux premières lignes du chapitre que Jobert consacre à l'ophrioplastie dans un *Traité de Chirurgie plastique* (1849).

Il débute en s'exprimant ainsi :

« Personne n'avait songé à réparer le sourcil, sans doute parce que l'on croyait cette difformité incurable. »

C'est bien, en effet, dans cette croyance à l'incurabilité des difformités des régions pourvues de poils, étayée d'ailleurs sur des faits rapportés et soulignés par d'éminents autoplastes de l'époque, dans les traités d'autoplastie du temps, qu'il faut chercher la

véritabte cause de cette lacune de chirurgie plastique que Jobert devait combler.

Un an encore après le premier essai de greffe des sourcils, faite par Jobert, en 1835, Blandin écrivait, en 1836, dans son *Traité d'autoplastie* sur les « Suites normales de l'autoplastie... » p. 191) :

« A mesure que l'on s'éloigne de l'époque à laquelle l'autoplastie a été pratiquée, on voit s'accomplir dans le lambeau transplanté quelques phénomènes qui ne sont guère moins remarquables que les premiers. Les bulbes des poils s'atrophient le plus souvent et les poils tombent, aussi y a-t-il peu d'inconvénients à transplanter un lambeau de peau velue sur un point du corps qui, naturellement, ne présente pas de poils ; car, par le fait de la marche des choses, le lambeau devient bientôt glabre, ou reste seulement couvert d'un léger duvet. Chez une de mes malades, la sous-cloison du nez avait été taillée dans la peau de la racine des cheveux ; ceux-ci ne tardèrent pas à tomber et furent remplacés par des poils fins, soyeux, courts et plus blancs que ne l'étaient les poils primitifs. »

Graefe et Dieffembach qui, à l'époque, faisaient école, et dont les affirmations étaient considérées comme des dogmes, pensaient que « les poils existant sur les parties auxquelles on empruntait un lambeau tombaient après que ce dernier avait perdu ses rapports naturels ». De telles paroles dans la bouche des maîtres de l'heure en fait d'autoplastie ne devaient évidemment pas susciter les recherches ni provoquer des expériences, surtout en un temps

où la crainte de la gangrène et de l'inflammation « la phlogose », était le commencement de la sagesse.

« On a nié trop longtemps, et en cela on a beaucoup nui aux progrès de l'art, car l'homme ne tente guère ce qu'on lui fait considérer comme impossible », disait Percy, dans l'*Ente animale*. Ainsi on avait trop dit et trop répété partout que les poils transplantés tombaient, laissant comprendre ainsi que la greffe des poils était impossible.

Seul, avec Jobert, un chirurgien de Montpellier, M. Serres, qui avait peut-être eu vent des essais de son confrère de Paris, osa s'inscrire en faux contre les idées régnantes à ce sujet, et dans un traité (1842) qui parut avant celui de Jobert (1849), il réfutait Blandin et surtout Dieffembach, en affirmant « qu'ayant emprunté (pour une rhinoplastie) une portion de peau au cuir chevelu, il en est résulté que les malades ont eu des poils au bout du nez, malgré tout ce que l'on a fait pour les faire tomber ». A l'appui de ses affirmations, il invoquait les travaux des expérimentateurs : Baronio, Bartholin, Hunter et Duhamel, qui avaient, de leurs yeux, vu plumes, duvets et poils continuer à croître sur des lambeaux de peau transplantés sur un même animal.

Malgré cela, si M. Serres osa élever la voix, il n'osa pas se servir de son bistouri et son *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face selon la méthode par déplacement ou méthode française*, est, comme nous l'avons dit au début, muet sur la réparation des sourcils.

C'est donc bien à Jobert de Lamballe, observateur

attentif, doublé d'un expérimentateur curieux et habile, que revient le mérite d'avoir pratiqué la première greffe des sourcils.

Avant de pratiquer sa première greffe, Jobert avait, en effet, remarqué sur un de ses opérés de blépharoplastie un développement extraordinaire de poils sur le lambeau d'emprunt pris dans la région malaire et qui ne portait, avant l'opération, que des poils fins et blonds. Ce fait d'observation devait le décider à tenter, pour la première fois, en 1835, une greffe de sourcils, sur la nommée Lambert Annette, 23 ans, blanchisseuse, pour une perte de substance due à une ulcération syphilitique de la région sourcilière ayant détruit les deux tiers externes du sourcil gauche.

« Je réparerai, dit-il, la perte de substance de la région sourcilière à l'aide d'un lambeau emprunté à la tempe... », et plus loin : « ...Plus tard, le sourcil artificiel offrit une régularité remarquable, ce qu'on s'explique aisément, si on fait attention que le lambeau employé à cette réparation avait été taillé aux dépens de la lisière du cuir chevelu, de manière à transporter une rangée de cheveux à la place des poils du sourcil détruit. Ces cheveux, au nombre d'une soixantaine, conservèrent une grande vigueur et, en ayant soin de les tenir coupés, ils formaient un sourcil moins épais que celui du côté opposé, mais régulièrement dessiné. »

Pour se mettre à l'abri des attaques et des critiques, et pour compléter son œuvre, Jobert entreprit une série d'expériences autoplastiques sur l'animal. Il choisit la chèvre, probablement à cause de la lon-

gueur des poils de la robe de cet animal. Il pratiqua une première opération autoplastique à la joue gauche, le 4 juin 1843 ; puis une seconde, le 16 mai 1844, sur une autre chèvre. « Le 29 mai, dit-il, le lambeau est réuni et commence à se couvrir de poils.

« Le 29 juin, le lambeau est couvert de poils.

« Le 9 août, le lambeau est couvert de poils en tout semblables à ceux de la région à laquelle on l'a emprunté. »

Par ces trois étapes : l'observation d'un fait instructif, l'application autoplastique sur le vivant, confirmation ou contre-épreuve sur l'animal, Jobert de Lamballe venait de créer de toutes pièces ce que nous pourrions appeler brièvement « la chirurgie du poil ».

Les travaux de Jobert de Lamballe ouvraient ainsi une voie nouvelle à la chirurgie plastique. Aussi était-il légitime de s'attendre à un nouvel essor de la chirurgie autoplastique et de voir cet initiateur suivi de nombreux imitateurs, sinon pour perfectionner sa méthode, du moins pour adopter son mode opératoire. Il n'en fut pas ainsi. Les trois petites pages que Jobert consacra à l'ophrioplastie ne furent probablement lues par personne et personne après lui, jusqu'à nos jours, ne pratiqua la greffe des sourcils. Aucun des traités de chirurgie de la seconde moitié du siècle dernier, qui connut cependant les travaux de Reverdin, d'Ollier, de Thiersch, sur les greffes, ne font allusion à l'ophrioplastie. Le *Traité d'autoplastie* de Nélaton et d'Ombredanne, paru en 1907, est également muet sur l'autoplastie sourcilière.

Si Jobert n'eut pas d'émules, il avait, par ses tra-

vaux, trancher de la façon la plus scientifique la question de la vie des poils dans les transplantations et poser les principes définitifs de cette chirurgie nouvelle qui, nous le verrons, seront adoptés sans réserves par les chirurgiens autoplastes de notre époque.

La grande guerre de 1914-1918, avec les horribles mutilations de la face, vint poser à nouveau, d'une manière pressante et impérieuse, tous les problèmes d'autoplastie faciale et, dans le nombre, celui de la greffe des sourcils. Des chirurgiens de talent se spécialisèrent dans cette chirurgie esthétique de la face et nous voyons Morestin, en 1918, rapporter, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* et dans la *Presse Médicale*, deux cas d'ophrioplastie ; et V. Morax, dans les *Annales d'Oculistique* de 1920, préciser certains points de technique de la restauration des sourcils. P. Moure, dans la *Presse Médicale* du 19 novembre 1921, publie le cas d'une greffe de lambeau chevelu pour remplacer le sourcil ; et dans celle du 24 décembre de la même année, une photographie de réparation de sourcils à l'occasion d'un article sur les autoplasties faciales par lambeaux de cuir chevelu à longs pédicules temporaux. Le texte ne comporte malheureusement aucune explication sur le cas particulier qui nous intéresse.

Terminons en disant que, dans le récent *Traité des greffes chirurgicales* du Docteur Mauclaire, n'est pas traitée la question de la greffe des sourcils.

Considérations Générales

L'ophrioplastie, comme toutes les branches de l'autoplastie faciale, n'est qu'un paragraphe du grand chapitre de la chirurgie réparatrice de la face. Elle en diffère cependant assez nettement par l'adjonction d'un élément anatomique dont la vie ne doit jamais être perdue de vue au cours des procédés de greffes et dans leurs suites. Cet élément anatomique est le poil. Bien qu'il appartienne embryologiquement et de par sa constitution au système épithélial, le poil plonge profondément dans le derme par son bulbe, au voisinage duquel se trouvent des bouquets vasculaires, qui lui apportent les éléments nécessaires à sa vie. Si nous voulons que la nutrition des poils de nos lambeaux d'emprunt soit assurée au cours de la transplantation, puis dans le nouveau milieu du porte-greffe, il faut, avant tout, ne pas priver le poil du terrain où plonge le follicule pileux et ne pas détruire les connexions de ceux-ci avec les éléments générateurs de vie. Le lambeau qu'on prélèvera devra donc au moins comprendre l'épiderme et le derme. L'ophrioplastie entrerait aussi dans la classe des

greffes cutanées totales, dans le sens où l'emploie Tizon dans sa thèse. « Une transplantation de lambeaux cutanés complets, comprenant l'épiderme et le derme, mais privés de tout tissu cellulo-grassey sous-cutané. »

Or, pour la chirurgie esthétique qu'est l'ophrioplastie, il nous faut un lambeau d'emprunt, avec des poils dont, le nombre, la couleur et l'aspect rappellent autant que possible, la traînée pileuse élégante des sourcils. Nous n'avons pas le choix. Seul le cuir chevelu est capable de nous fournir un lambeau d'emprunt remplissant les conditions voulues.

Nous emprunterons donc toujours un lambeau au cuir chevelu, dont la structure anatomique diffère essentiellement de celle des autres territoires cutanés, par un tissu cellulaire sous-cutané essentiellement rigide et qui ne peut être séparé du derme par dissection, du fait de la présence de cloisons fibreuses contenant les vaisseaux nourriciers, et délimitant entre elles des loges, où sont enfermés des pelotons adipeux. Le lambeau d'emprunt comprendra donc l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et s'arrêtera à l'aponévrose épicroanienne, ou *galea capitis*, véritable tendon servant d'insertion à des muscles. Ainsi, notre greffe avec lambeau de cuir chevelu deviendra semblable à la greffe cutanée massive, qui comprend non seulement le derme et l'épiderme, mais aussi une partie de l'hypoderme, que la plupart des auteurs ont considéré comme étant impropre à l'adaptation des éléments sus-jacents. Tous les auteurs qui se sont occupés de la greffe cutanée, par

transplantation totale s'accordent à considérer le tissu graisseux comme un obstacle au succès de la greffe. Nous verrons qu'il n'en est rien pour le cuir chevelu et que les petits pelotons adipeux enfermés dans les logettes dont nous avons parlé ne gênent en rien l'adaptation du greffon dans son porte-greffe. Nous ne voulons pas traiter ici l'énorme problème qu'est celui de la greffe cutanée animale ; la véritable greffe par transplantation libre sans pédicule, si bien étudiée par Lefort, Wolfe, Krause, puis, ces dernières années, par Dubreuilh et Noël, de Bordeaux.

Si quelques chirurgiens ont eu des succès de greffe totale, que l'on cite, combien n'ont eu que des déboires ! Villard, Bérard, Durand, Nové-Josserand, Tavernier, de Lyon, dans des communications faites à la Société de Chirurgie de Lyon, ne se montrent pas enthousiastes pour la greffe de peau totale. Ainsi, il semblerait admis, en chirurgie générale, que la prise des greffons prélevés à distance est très aléatoire et que cette méthode doit être abandonnée.

Nous verrons, au contraire, pour le cas qui nous intéresse, que la prise des greffons prélevés à distance est complète. Est-ce à l'observation méticuleuse de nombreux points de détail très importants, et surtout à la question capitale des sutures fines et superficielles qu'il faille attribuer le succès des transplants sur la face ? Est-ce à la méconnaissance de ces notions (qui peuvent paraître secondaires) qu'il faille attribuer les déboires d'opérateurs trop portés à invoquer, pour expliquer leurs échecs, des exigences biologiques inexistantes. Certainement, la face

possède une vascularisation riche, qui facilite grandement la prise des greffons, mais ne serait-il pas plus intéressant de se rendre compte si l'échec des transplants chirurgicaux, ne tient pas à une technique opératoire insuffisante et plus simplement encore à la simple question des sutures, sur laquelle nous insistons tout particulièrement au chapitre de technique opératoire.

Après ces considérations d'ordre général, et avant de rapporter les observations et la technique opératoire du Docteur Moreau, nous voudrions, pour la clarté de notre exposition, relater les différents procédés opératoires qui se dégagent des observations d'ophrioplastie publiées par les auteurs et reconnaissant chacune des indications opératoires spéciales.

Procédés Ophrioplastiques

L'ophrioplastie, comme la chirurgie plastique de la face, reconnaît des méthodes autoplastiques avec lambeaux d'emprunt à pédicule, et une méthode de greffe par transplantation totale ou par lambeau libre sans pédicule.

1° MÉTHODES AUTOPLASTIQUES

a) *Procédé temporo-frontal de Jobert* (1)

C'est le procédé que Jobert de Lamballe a décrit sous le nom d'ophrioplastie, et dont Morax a rapporté plusieurs observations à la Société d'Ophtalmologie de Paris. Ce procédé consiste à prendre, à la lisière du cuir chevelu, du côté de la tempe, un lambeau en lanière, de dix centimètres de long sur deux centimètres de large, qui est ensuite fixé, après rotation de 90 degrés de son pédicule, dans une incision curviligne correspondant au sourcil absent. Ce procédé autoplastique avec pédicule situé sur la tempe, au niveau et un peu en avant de la conque auriculaire, est le procédé temporo-frontal ou temporo-cranien. Le lambeau d'emprunt, avec un pédicule de deux

(1) Consulter la planche page 46. (*Fig. I*).

centimètres de largeur, dans une région très vascularisée et ne subissant qu'une rotation insignifiante, ne court aucun danger de nécrose, et assure une nutrition parfaite aux poils, qui poursuivent normalement leur croissance, et restent aussi serrés que sur le cuir chevelu.

Dans certains cas, où le cuir chevelu est très développé, le lambeau d'emprunt est garni de follicules pileux jusqu'à sa base, et les sourcils semblent se raccorder avec la chevelure. L'effet obtenu est des plus disgracieux. Pour y remédier, la résection du pédicule s'impose sur une certaine longueur et entraîne à sa suite la chute de la majeure partie des poils, par alopecie trophique, sans que, pour cela, l'aspect du greffon subisse la moindre modification. Cette alopecie n'est généralement que transitoire et, cinq à six semaines après l'excision du pédicule, les poils repoussent, aussi développés et aussi denses qu'auparavant.

L'avantage de ce procédé, dont le résultat esthétique est médiocre, est de pouvoir s'appliquer à la restauration simultanée des deux sourcils.

b) *Procédé frontal médian de Morestin* (1)

Ce procédé, dont l'idée revient à M. Morestin, fut exposé par lui à la Société de Chirurgie de Paris, le 31 juillet 1918. S'inspirant de la vieille méthode indienne de rhinoplastie, Morestin pratique une autoplastie avec un lambeau pédiculé frontal médian, l'extrémité supérieure du lambeau comprenant la

(1) Consulter la planche page 46. (*Fig. II*).

bordure frontale médiane du cuir chevelu et le pédicule étant situé au niveau de la base du nez, dans l'espace intersourcilier. Pour donner au sourcil une meilleure orientation, un aspect plus naturel, avec une courbe plus régulière, Morestin juge préférable de prélever le lambeau du cuir chevelu du côté opposé au côté à greffer. On peut ainsi prendre en plus de la lisière du cuir chevelu suffisamment de peau pour remplacer, s'il y a lieu, les téguments sus-sourciliers. Dans le cas contraire, où les cicatrices s'étendraient peu vers le haut du front et intéresseraient par contre la paupière, il y aurait avantage à renverser le dispositif du lambeau, et à faire le prélèvement du côté même de la lésion sourcilière. Une bande cutanée, descendue de la partie supérieure du front, en même temps que le fragment de cuir chevelu, reconstituerait en partie la paupière au-dessous du nouveau sourcil. Morestin estime que ce procédé, quand il est réalisable, est celui qui donne les meilleurs résultats esthétiques. Ce procédé s'applique surtout en cas d'ophrioplastie unilatérale. L'opération bilatérale n'est pas irréalisable, pourvu que les téguments de la partie moyenne du front soient en bon état, et à condition de prendre successivement à droite et à gauche un lambeau du même côté, qui sera abaissé directement sur la région sourcilière homologue à restaurer.

c) *Procédé de V. Morax* (1)

Ce procédé paraît être personnel à V. Morax, puisque, dans la très pauvre bibliographie de l'ophrio-

(1) Consulter la planche page 46. (*Fig. III*).

plastie, on ne le trouve nulle part décrit avant ses publications dans les *Annales d'oculistique* de mai 1920, et dans son *Précis d'ophtalmologie*. Aussi, pour la commodité de l'appellation, l'appelons-nous le procédé de Morax.

Ce procédé consiste à tailler dans le sourcil sain et suffisamment fourni un lambeau pileux comprenant en hauteur la moitié de ce sourcil, avec un pédicule nasal auquel on imprime une rotation de 180 degrés, pour l'insérer dans une incision correspondant à l'emplacement symétrique. Malgré la rotation importante d'un pédicule étroit, les suites sont normales et les sourcils transplantés poussent vigoureusement.

La moitié du sourcil réduit est parfaitement suffisante. Cette méthode, quand il s'agit d'une alopecie sourcilière unilatérale, paraît bien être la méthode de choix au point de vue esthétique, puisque, pour refaire un sourcil, elle s'adresse à l'autre sourcil.

d) *Procédé de P. Moure ou procédé par lambeaux de cuir chevelu à longs pédicules temporaux*

Dans ces dernières années, après les essais d'autoplastie faciale de L. Dufourmentel et de P. Sébilleau, par lambeau de cuir chevelu bipédiculé, P. Moure a utilisé, pour la restauration des sourcils, des lambeaux pris en plein cuir chevelu et à longs pédicules temporaux, le cuir chevelu offrant pour lui un matériel de premier ordre par la richesse de sa vascularisation. D'après les photographies que P. Moure

rapporte dans la *Presse Médicale* du 24 décembre 1921, les résultats esthétiques ne sont pas très encourageants. En effet, si, pour remédier à une alopécie sourcilière, on greffe une motte de cheveux pris en plein cuir chevelu, les sourcils, d'inexistants, deviennent monstrueux et le remède devient ainsi pire que le mal.

2° MÉTHODE DE LA GREFFE TOTALE PAR TRANSPLANTATION D'UN LAMBEAU NON PÉDICULÉ

Nous venons de voir que le choix des méthodes d'autoplastie sourcilière est assez grand, et nous n'avons cependant pas tenu compte des ressources diverses dont le chirurgien avisé peut disposer, selon les circonstances, et qui, dans chaque cas, sont laissées à son originalité opératoire et à son entière initiative. C'est ainsi que, dans certains cas, où l'on a affaire à un individu jeune, porteur d'une barbe naissante et soyeuse, on peut prendre, pour refaire un sourcil, un lambeau sur la joue, à la lisière de cette barbe. Il ne semble pas qu'on puisse tenir le même langage quand il s'agit de greffe totale, de la véritable greffe animale, par transplantation d'un lambeau pileux libre, sans pédicule. Ce procédé n'étant utilisé que dans le cas de scalp total ou de brûlure étendue, il consista toujours en un prélèvement d'un lambeau libre de cuir chevelu, pris soit à la région mastoïdienne, soit à la nuque, que l'on transportera dans une incision allongée et curviligne correspondante au sourcil absent. Ainsi, s'il y a des méthodes autoplas-

tiques, il n'y a guère qu'une méthode de greffe sourcilière sans pédicule, qui exige en plus une technique opératoire très scrupuleuse, des précautions très grandes et une foule de détails dont l'observance ou la non observance assurera ou compromettra le succès. A la vie du lambeau étant ajouté celle du poil, le problème devient plus délicat encore. A ce sujet, V. Morax, dans les *Annales d'oculistique* de 1920, conclut ainsi :

« L'autoplastie de lambeaux pileux non pédiculés peut donner des résultats, mais ceux-ci sont inconsistants et, dans le cas de succès, le nombre des follicules pileux qui survivent à la transplantation est toujours fortement réduit par rapport aux follicules contenues dans le tissu greffé. » Pour montrer que ces conclusions ne sont pas définitives, ajoutons que Morax nous dit lui-même, au cours de l'observation de greffe sourcilière qu'il rapporte et d'après laquelle il conclut : « Le temps écoulé entre l'intervention et le dernier examen n'est pas suffisant pour nous permettre de déclarer qu'aucune pousse nouvelle de poils ne peut se produire. Il nous a été malheureusement impossible d'avoir des renseignements sur l'évolution ultérieure de notre greffe chez ce blessé. » Nous verrons, en effet, que le chirurgien ne doit pas s'étonner de la chute des poils, qui est généralement suivie d'une repousse ultérieure qui demande souvent plusieurs mois pour se produire.

Indications Opératoires

Trois cas types peuvent se présenter :

1° *L'alopecie sourcilière est unilatérale. Le sourcil sain du côté opposé est suffisamment fourni en follicules pileux.*

Le procédé de Morax, par prélèvement d'un lambeau pileux sur le sourcil du côté opposé, s'impose. On obtient avec lui le meilleur résultat esthétique.

2° *L'alopecie sourcilière est bilatérale. Le cuir chevelu est indemne.*

Deux procédés : a) *Procédé temporo-frontal de Jobert*, utilisant une lanière de cuir chevelu prélevé à la lisière de la tempe.

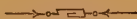
b) *Procédé frontal médian de Morestin*, utilisant le cuir chevelu du front qui, chez certains sujets, s'implante très bas, en formant une pointe de cheveux au milieu du front.

Les deux procédés s'appliquent également dans le cas d'alopecie sourcilière unilatérale, quand le sourcil du côté opposé est insuffisant pour employer le procédé de Morax.

3° *L'alopecie sourcilière est bilatérale*, chez un scalpé total du cuir chevelu, ou un grand brûlé de la face et du cuir chevelu.

Une petite zone de cuir chevelu, derrière le pavillon de l'oreille, sur la mastoïde, ou une légère couronne de cheveux au bas de la nuque, persistant généralement malgré le scalp ou la brûlure, on pratiquera une greffe totale, par transplantation d'un lambeau sans pédicule, prélevé sur l'une de ces deux régions.

Technique Opératoire



Nous exposons ici la technique opératoire du Docteur Moreau. Elle ne diffère pas essentiellement, dans ses grandes lignes, de celle de V. Morax. Nous insisterons sur la question des sutures, trop négligée par les auteurs et qui, pour le Docteur Moreau, est une des conditions capitales du succès.

L'évolution fort intéressante des poils nous retiendra aussi particulièrement.

CONSIDERATIONS GENERALES

Dans toutes ces autoplasties de sourcils, on emploiera l'anesthésie locale par instillation de novocaïne ou d'allocaïne.

Il n'y a aucune préparation préalable spéciale de la région où l'on prendra le greffon, et de celle qui servira de porte-greffe.

Il est désirable de faire une photographie avant l'intervention et après celle-ci. Cependant, il faut bien se garder de se faire une notion exacte du résultat de la restauration sourcilière, d'après la photographie faite après l'intervention. L'ombre portée par

le rebord orbitaire, surtout quand celui-ci est très saillant, peut faire croire à la présence d'un sourcil continu quand une partie de celui-ci est absent, et réciproquement, masquer les résultats obtenus.

On aura bien soin d'harmoniser la position du nouveau sourcil d'après la longueur du sourcil du côté opposé, de telle sorte que le sourcil greffé mis en place corresponde au rebord orbitaire, et qu'il ait avec celui-ci les mêmes rapports que de l'autre côté. La position du nouveau sourcil doit être bien établie avant l'opération, car la longueur des sourcils et leur hauteur étant variables, selon les individus, on courrait le risque, si l'on ne prenait cette précaution, d'établir une asymétrie d'un mauvais effet esthétique.

Il est indispensable d'avoir, en opérant, constamment sous les yeux la région sourcilière saine, de manière « à la copier » aussi exactement que possible. En ne prenant pas cette précaution, on s'expose à des déconvenues certaines.

Les malades sur lesquels on pratique une ophrioplastie étant généralement des scalpés ou des brûlés, avec, en plus des difformités palpébrales, il sera bon de pratiquer, en premier lieu, les restaurations palpébrales. Le chirurgien devra utiliser de son mieux les ressources de voisinage, harmoniser les cicatrices, calculer la direction des rétractions, de manière à ce que les jeux palpébraux se fassent convenablement, sans entraîner des déformations ultérieures des sourcils.

Le chirurgien devra toujours avoir présentes à l'esprit les deux notions suivantes : D'abord, la notion

de la rétraction du lambeau, importante surtout dans la greffe à distance ; puis celle de la descente du greffon sur le rebord orbitaire.

On ne rasera pas les sourcils, sous le prétexte du principe aseptie.

Le chirurgien ne s'étonnera pas de la teinte ecchymotique, de l'aspect noirâtre et sec de l'épiderme du greffon le deuxième jour après l'intervention. L'épiderme s'élimine avec les croûtes et cède la place à un épiderme néoformé.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DU PROCÉDÉ DE MORAX

Anesthésie par infiltration *autour* de la région sourcilière où l'on doit prendre le greffon, sous la forme d'un grand ovale à axe allongé.

Même anesthésie et de même forme de la région qui doit servir de porte-greffe.

Savonnage au savon stérile liquide des régions frontale, palpébrale et jugale. Le badigeonnage à la teinture d'iode nous paraît devoir être évité, car il épaissit la peau, raccornit les bords du greffon et rend ainsi les sutures plus difficiles. On emploiera de préférence l'alcool iodé faible.

Il est nécessaire d'avoir deux jeux d'instruments : un pour la taille du greffon, l'autre pour la région à greffer. Le champ opératoire, découpé en un ovale à axe horizontal allongé, devra découvrir le front, les deux régions orbito-oculaires et la racine du nez,

dans le but, comme nous l'avons indiqué plus haut, d'avoir constamment sous les yeux les deux régions symétriques.

Maintenant, pour la facilité de l'explication et de l'élocution, supposons qu'il s'agisse de faire la restauration intégrale du sourcil droit.

Premier temps : Préparation du porte-greffe. —

On commence par pratiquer une incision le long du rebord orbitaire droit, passant aussi loin que possible de la région correspondante à la queue du sourcil. Il faut prendre de grandes précautions pour que cette incision soit exactement bien placée, pour être symétrique au côté opposé. On sera fort étonné, dans certains cas, de voir descendre le lambeau mis en place dans la direction du sillon orbito-palpébral. Il vaut mieux pratiquer cette incision très légèrement au-dessus du rebord orbitaire.

De plus, on n'oubliera pas d'incurver assez fortement en bas l'incision dans sa moitié externe, le lambeau ayant toujours tendance, en se rétractant, à relever la queue du nouveau sourcil.

Comme on travaille toujours dans du tissu cicatriciel, il faut faire un lit au greffon, c'est-à-dire cliver les lèvres opératoires, les dégager, de manière à avoir une ouverture d'un centimètre de large environ.

L'hémostase, d'ailleurs facile, sera aussi soignée que possible.

On recouvrira le porte-greffe ainsi préparé d'une compresse de gaze imbibée de sérum artificiel *tiède*.

Deuxième temps : Taille du lambeau pédiculé. — Le but consiste à prélever la moitié inférieure du sourcil gauche par un lambeau avec pédicule correspondant à la racine nasale.

On pratique une incision partant de la racine nasale et continuant la lèvre opératoire supérieure du côté opposé ; on taille ainsi un lambeau pédiculé, large d'environ un centimètre et comprenant la moitié inférieure du sourcil.

Le lambeau doit être taillé dans la profondeur, autant qu'il est nécessaire, pour que les bulbes pileux soient respectés.

Le pivotement du pédicule doit se faire, autant que possible, au milieu de la racine du nez.

On fait pivoter de 180 degrés le lambeau et on le suture dans le lit qui lui était préparé à droite. On suture le lambeau et la brèche opératoire à gauche.

Le pansement doit être fait avec du *Tulle gras*, les deux yeux occlus de préférence avec un pansement occlusif par bandes plutôt que par leucoplaste.

Pansements ultérieurs. — Nous avons l'habitude de faire le premier pansement vingt-quatre heures après l'opération. On nettoiera le sang qui peut s'y trouver ; on laissera le tulle gras, qui n'est changé qu'au deuxième pansement, fait trois jours après. A partir du troisième jour : pansement au leucoplaste. La prise du lambeau se fait de très bonne heure, et au quatrième jour on commencera à enlever les fils.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DANS LA GREFFE SOURCILIÈRE
A DISTANCE, SANS PÉDICULE

Mêmes considérations d'ordre général, de technique, de préparatifs, que dans le cas précédent.

Nous supposons le cas d'un scalpé ou d'un brûlé, présentant le maximum de dégâts, et n'ayant conservé des poils que dans la région mastoïdienne du cuir chevelu, ou près de la nuque.

Premier temps : Préparation du porte-greffe. — On prépare le lit du greffon dans la région sourcilière, par une incision plus longue que dans le cas précédent, la rétraction du lambeau, dans le cas présent, étant plus marquée. Cette incision sera pratiquée dans les mêmes conditions que dans le cas précédent.

Deuxième temps : Taille du greffon. — Avec le manche du bistouri, on mesure la longueur du greffon à prendre, en majorant d'un bon tiers en plus la longueur de celui-ci et sa largeur, à cause de la rétraction secondaire.

L'incision est faite à la lisière du cuir chevelu, dans la région rétro-mastoïdienne, en prenant une épaisseur de lambeau telle que les bulbes pileux soient compris. On obtient ainsi un lambeau épais et qui doit être immédiatement transplanté dans le lit du sourcil à greffer et suturé de suite.

On appliquera immédiatement des compresses imbibés de sérum artificiel tiède. Sutures.

Pansement au tulle gras.

Mêmes soins post-opératoires.

CONSIDÉRATIONS SUR LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1° *Au point de vue hémostase.* — Il est nécessaire de bien surveiller qu'il n'y ait pas d'hématome qui, se produisant dans le lit du greffon, soulève le greffon, le décolle, et entrave d'une façon importante sa coaptation, d'autant que ces hématomes pourraient, à la faveur d'un fil, s'infecter et compromettre une coaptation régulière.

2° *Lignes d'incision.* — Il faut tenir compte, pour la longueur de la ligne d'incision, de la rétraction secondaire, qui est beaucoup plus considérable dans la greffe des lambeaux pris à distance que dans celle à pédicule.

3° *Les sutures.* — Les sutures doivent être une des grosses préoccupations du chirurgien. Il faut rejeter absolument l'usage des crins, aiguilles de Reverdin, parce que cette aiguille fait un trou trop gros et déchire le tissu. Le crin, pénétrant dans les faces profondes, même quand on le dit superficiel, étreint dans son anse un pont de tissu qu'il nécrose. Nous pratiquons toutes les sutures à la soie noire fine, avec petites aiguilles courbes, fines, bien piquantes. Ainsi, les lèvres à suturer ne subissent que le minimum de traumatisme possible.

Nous estimons qu'il faut, dans la pratique de ces sutures, comme dans toute autoplastie faciale, se rapprocher de l'idéale coaptation que serait l'application d'une « colle » réunissant les lambeaux. Pour ce, il faut ne prendre dans les sutures que la partie

épidermique et à peine dermique ; il faut qu'il n'y ait jamais de suintement hémorragique provoqué par les sutures. Ces dernières devront donc être faites dans la partie de la peau, où il n'y a pas de vaisseaux à faire saigner.

Par ces moyens, on peut multiplier les points de suture, sans risque de nécrose du pont de tissu pris dans la boucle et se rapprocher, par cette multiplication des points, de la coaptation idéale par colle que nous indiquons plus haut.

Pour bien placer ces points de suture dans les conditions indiquées, il faut se servir d'un appareil grossissant, facile à porter, ne constituant pas une gêne, telle que la loupe binoculaire de Beebe. Un bon éclairage facilitera encore la tâche.

Ceci est si vrai que, lors de l'ablation des fils, la plupart d'entre eux se détachent tout simplement à la pince, par une légère traction, sans utilisation du ciseau.

Par suite de ces précautions, on obtient une coaptation à peu près parfaite et surtout une cicatrice invisible. Pour ces raisons, il ne faut pas s'étonner de l'utilité de la multiplication des points de suture, qui n'offrent là aucun danger de nécrose et de dilacération des tissus.

4° *Taille du lambeau.* — Pour le lambeau pédiculé, on surveillera que le pivotement du pédicule se fasse au milieu de la racine du nez, pour qu'il se cache dans les plis de la région.

Pour le lambeau pris à distance, faire attention à

la direction des cheveux dans la taille du lambeau, de manière à ce que, placé dans son lit, les poils soient orientés dans le bon sens.

5° *Evolution des poils.* — L'évolution d'un lambeau pileux se fait généralement de la façon suivante : Pendant une période de 12 à 15 jours, les poils transplantés ont leur aspect normal ; mais, au bout de quelque temps, leur chute se fait complète.

Il ne faut pas en conclure à l'échec de l'intervention, car l'évolution suivante se fait.

/ Il apparaît en remplacement des poils follets, petits, souples, qui persistent pendant une durée approximative de 1 à 2 mois $1/2$; puis, à leur tour, ils disparaissent et on voit réapparaître progressivement une pilosité normale avec la coloration habituelle de ces poils. Il y a donc ainsi, dans cette évolution du poil, trois phases :

Une première phase pendant laquelle les poils transplantés persistent, puis tombent.

Une deuxième phase de pousse de poils follets, qui tombent à leur tour, après un temps variable.

Une troisième phase de *restitutio ad integrum*.

D'ailleurs, on peut se rendre compte facilement de l'évolution que nous venons d'indiquer en faisant la petite expérience suivante :

Au moyen d'un trépan d'Elliot, on enlève un poil et son bulbe avec le tissu qui entoure, à la façon d'une plante qu'on dépote, et on le transplante dans un

trou fait de la même manière à la région sourcilière. Au bout de quelques jours, on voit le transplant faire comme une sorte de hernie en bouchon de champagne, la pellicule épidermique tomber, le poil disparaître au bout d'une quinzaine de jours, puis la réapparition pileuse se faire suivant les trois phases sus-indiquées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

P. B., 23 ans. Blessé de guerre, du 171^e de ligne.

Blessure de guerre ayant intéressé toute la région orbito-palpébrale droite. La paupière supérieure présente des cicatrices vicieuses. La paupière inférieure a fait l'objet d'une blépharoplastie, ainsi que la supérieure, dans un second temps.

Chez ce blessé, la destruction du sourcil droit n'a été que partielle et n'intéresse que les trois quarts du sourcil, le dernier quart, ou tête du sourcil étant respecté. On pratique sur lui la restauration par lambeau, sans pédicule, prélevé à la région rétro-mastoïdienne droite. La rétraction du lambeau a été sensible. La chute des poils et leur évolution s'est faite de telle sorte que le nombre des poils demeurés a été nettement inférieur au nombre des poils transplantés.

Comme on opérait dans un tissu à cicatrices exubérantes, le lambeau a conservé une certaine saillie, qui s'est atténuée.

OBSERVATION II

J. D., 28 ans, soldat au 58^e d'infanterie.

Blessure de guerre orbito-palpébrale droite nécessitant des autoplasties palpébrales.

La moitié externe du sourcil droit a été détruite. On pratique une greffe par lambeau prélevé à la région rétro-mastoïdienne droite, et au bout de quelque temps, malgré la prise du greffon, on aperçoit que dans cette moitié droite greffée, les poils sont plus clairsemés que dans la moitié droite saine.

OBSERVATION III

B. J., 14 ans, de Saint-Bonnet-le-Château.

Entre à l'hôpital pour autoplastie faciale à la suite de brûlures anciennes.

Opérée à l'âge de 4 ans, par greffage à la méthode italienne, avec un lambeau prélevé à la partie externe du bras droit.

A l'âge de 13 ans, greffe de la paupière supérieure gauche, par lambeau prélevé à la partie antéro-latérale droite du cou. Blépharorrhaphie consécutive.

Le 14 août 1919. — Ophrioplastie par lambeau pris sur le sourcil du côté opposé.

Résultat esthétique et pileux parfait.

OBSERVATION IV

M. G., 40 ans, de Saint-Germain-Laval (Loire).

Le 17 décembre 1919, a été scalpée entièrement par un tour, y compris les régions sourcilières et la région palpébrale droite. Dans le sens sagittal, le scalp s'étend de la racine du nez à la naissance de la nuque.

Blépharoplastie et blépharorrhaphie de la paupière supérieure droite. Cicatrisation complète du cuir chevelu après deux ans et demi de pansements au tulle gras et d'héliothérapie. Il reste, derrière l'oreille gauche, un triangle de sept centimètres de côté de petits cheveux et quelques boqueteaux de cheveux à la nuque. Tout le crâne est recouvert par du tissu cicatriciel.

4 janvier 1923 : *Première ophrioplastie.*

Taille d'un lambeau pileux d'une épaisseur d'environ sept millimètres et d'une longueur de six centimètres et demi, d'une largeur de douze millimètres, dans le triangle pileux sus-auriculaire gauche.

Incision sur le rebord sourcilier osseux et suture du gref-fon.

Pansements au tulle gras, renouvelés quotidiennement.

Ablation des fils le troisième jour. Le deuxième jour après l'intervention, aspect noirâtre, ecchymotique et sec de l'épiderme. Les poils, quoique rapidement morts, demeurent

adhérents, mais tombent à la pince facilement, sans douleur, sans suintement hémorragique. Ceci, au bout d'une douzaine de jours.

Au bout de quinze jours, on peut enlever la croûte noirâtre épidermique à la pince, par fragments successifs.

Le 12 février, le greffon a trois centimètres de longueur et cinq millimètres de largeur. La rétraction a donc été de moitié.

Par contre, la cicatrice où a été prise le greffon présente la même longueur que le jour de l'opération.

17 janvier 1923 : *Deuxième ophrioplastie.*

Prélèvement d'un lambeau pileux de huit centimètres de long, sur un centimètre et demi de large, à la région rétro-sous-mastoïdienne. Même évolution que le greffon précédent en temps qu'aspect de l'épiderme, de la chute des croûtes et des poils.

Le vingtième jour après l'opération, il apparaît nettement qu'il s'est produit une descente du greffon sourcilier qui approche trop de la paupière supérieure.

OBSERVATION V

C... Marcelle, 26 ans, eut la chevelure saisie entre deux cylindres de machine, le 6 janvier 1920. Le cuir chevelu fut complètement arraché. Une heure après son arrivée à l'hôpital, le patron téléphone que le cuir chevelu scalpé a été mis de côté et demande s'il faut l'envoyer, pour le remettre en place. Sur réponse affirmative, le cuir chevelu fut rapporté et réappliqué sans succès. Cette tentative fit même courir, pendant plusieurs jours, une menace de thrombose des veines intracrâniennes, avec état général très grave. Le cuir chevelu fut, par petites séances, recouvert de greffes dermo-épidermiques de Thiersch.

On procéda ensuite à la restauration des deux sourcils, par lambeaux pris à distance sur la région mastoïdienne, avec trois mois d'intervalle entre les deux opérations.

D'abord, ophrioplastie droite, par greffe à distance.*

Par erreur, on place le lambeau en sens inverse, c'est-à-

dire que la direction des poils du lambeau est mal orientée. L'évolution n'a pas été aussi disgracieuse qu'on aurait pu le croire, la malade étant arrivée elle-même, par des manœuvres manuelles et par les pansements, à coucher les poils dans la bonne direction.

Trois mois après, ophrioplastie gauche, toujours par greffe à distance, sans erreur de direction des poils.

Le résultat, au point de vue esthétique, fut parfait.

Le sourcil gauche est abondant, le sourcil droit est un peu moins dense de poils.

C... Marcelle fut demandée en mariage quelques mois après son intervention ophrioplastique.

CONCLUSIONS



I. — La réfection des sourcils nous paraît indiquée tout spécialement chez les accidentés (brûlure de la face surtout) et les scalpés par accidents industriels (transmissions, courroies).

II. — Le meilleur procédé, lorsqu'un seul sourcil a été détruit, est d'utiliser le sourcil du côté opposé.

III. — Lors de la destruction des deux sourcils, on pourra :

a) Ou utiliser les méthodes avec lambeau pédiculé pris dans le cuir chevelu de voisinage (front et tempe) décrits dans le corps de notre thèse.

b) Ou, quand les cheveux ont disparu (scalp, brûlure), prendre un greffon généralement à la nuque ou à la région mastoïdienne. Ce greffon donne des résultats fort intéressants avec la technique décrite.

IV. — L'évolution du poil est telle que le chirurgien ne doit pas s'étonner de la chute des poils, suivie d'une repousse ultérieure, ce qui demande environ trois mois..

V. — En somme, au point de vue esthétique, le procédé le plus recommandable, quand il est possible, est celui de la réfection du sourcil par lambeau pédiculé prélevé sur le sourcil du côté opposé.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

E. ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 9 Avril 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

J. CAVALIER.



FIG. I

Procédé temporo frontal,
de Jobert de Lamballe



FIG. II

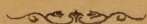
Procédé frontal médian,
de M.-H. Morestin.



FIG. III

Procédé par dédoublement du sourcil
de V. Morax.

Index Bibliographique



- CID. — *Essai de calliplastie*, 1846.
- BLANDIN (Ph.-Fréd.). — *Traité d'autoplastie*, 1836.
- SERRES (M.). — *Traité sur les restaurations de la face*, 1842.
- GAGNARD (M.). — *Thèse de Paris*, 1895-1896.
- JOBERT DE LAMBALLE. — *Traité de Chirurgie plastique*, 1849, p. 162.
- MORESTIN (M.-H.). — La reconstitution du sourcil. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1918. Séance du 31 juillet, p. 1452-1458.)
- MORAX (V.). — Restauration autoplastique des sourcils. (*Annales d'oculistique*, 1920, p. 286-298.)
- MOURE (P.). — Autoplastie faciale. (*Presse Médicale*, 19 novembre 1921, 24 décembre 1921.)
- NÉLATON et OMBRÉDANNE. — *Traité d'autoplastie*, 1907.
- MAUCLAIRE. — *Greffes chirurgicales*, 1922.
- DUBREUILH et NOEL. — *Revue de Chirurgie*, janvier 1911.
- TIZON (A.). — Greffe cutanée totale. (*Thèse de Paris*, 1910-1911.)
- ANDRÉ (J.-R.). — Contribution à l'étude des greffes cutanées. (*Thèse de Paris*, 1919-1920).
- VIANNAY et MOREAU (MM.). — Un cas de scalp total. Greffe des sourcils. (*Loire Médicale*, 1922, p. 298.)
-



